

Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

LOGO Comune o Unione dei Comuni

Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche

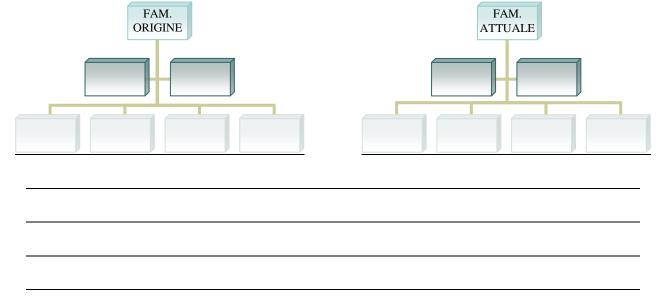
PROGETTO PERSONALIZZATO

$DSMDP\;CSM\squareSerDP\square$	NPIA 🗆			
Servizio Sociale Territoriale				
Cognome	Nome		Nato/a il	
Via	Località		Tel	
Distretto			_	
CF 00000		Cod. CURE		
Operatore referente del pro	getto			
	RIFER	IMENTI		
Referenti affettivi primari		Nome Tel.		
		Nome Tel.		
Medico / psichiatra CSM□ SerDP□ NPIA□		Nome Tel.		
Psicologo CSM□ SerDP□ NPIA□		Nome Tel.		
Infermiere CSM□ SerDP□ NPIA□		Nome Tel.		
Assistente Sociale CSM□ SerDP□ NPIA□		Nome Tel.		
Educatore prof.le CSM□ SerDP□ NPIA□		Nome Tel.		
Operatore socio-sanitario CSM□ SerDP□ NPIA□		Nome Tel.		
MMG		Nome Tel.		
Servizio Sociale Territoriale		Nome Tel.		
Privato Sociale		Nome Tel.		
ESP		Nome Tel.		
UASS		Nome Tel.		
Altri riferimenti		Nome Tel.		

Luogo _____ Firma Operatore referente del progetto _____

Sintesi Problemi e dei Bisogni Rilevati al Primo Incontro

Problemi e bisogni percepiti dalla persona				
Problemi e bisogni riferiti dai referenti affettivi primari				
Problemi e bisogni rilevati dagli operatori DSM DP				
Problemi e bisogni rilevati dagli operatori dei Servizi Sociali Territoriali				
Situazione attuale				



Aree del vivere	Descrizione sintetica	Informazioni
CASA		Di proprietà o in affitto
		In famiglia di origine o da solo
		Con altri familiari o con altre persone
		In appartamento DSM DP
		Altro
LAVORO		Titolo di studio ¹
and the same		Esperienze formative
		Esperienze lavorative pregresse
		Precedenti percorsi d'inserimento lavorativo
		Iscrizione CIP/Colloc.to mirato L. 68
		Lavoro attuale
SOCIALITA'		Referenti affettivi primari
		Amici
		Vicini
		Associazioni
		Attività di tempo libero
		Altro
REDDITO		Reddito da lavoro
		Indennità di disoccupazione
		Assegno mensile d'invalidità
		Assegno ordinario o Pensione inabilità da lavoro INPS o INAIL
		Indennità accompagnamento
		Altri redditi
		Contributi economici o Reddito di cittadinanza
CONDIZIONI GENERALI DI		Lista in legenda
SALUTE FISICA		

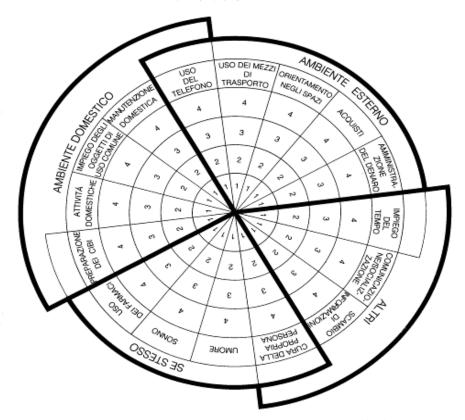
 $^{^{1}}$ licenza elementare, licenza media, attestato professionale, diploma scuola media superiore, laurea triennale, laurea magistrale

AREE DI CRITICITA', ABILITA' E COMPETENZE PSICO SOCIALI

(segnare il punteggio per ogni item: 1=Nullo, 2=Scarso, 3=Sufficiente, 4=Buono. Quindi unire i punti e definire l'area di problematicità)

Data	A cura Referente del progetto	

SCALA ITALIANA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA



La scala deve essere compilata in base alle informazioni raccolte sia dall'intervista del paziente, sia dal colloquio con i familiari, gli amici o il personale che lo assiste. Il giudizio deve basarsi sullo stato del paziente, al momento della visita o alla settimana precedente.

Valutazione della Qualità di Vita – punteggio	-
Bisogni evidenziati dall'equipe integrata	
Bisogni di supporto per la famiglia ed eventuali risposte	

Interventi di supporto nelle Aree del vivere	Obiettivi riabilitativi e sociali	Azioni e declinazione dell'intervento e delle attività	Tipologia di supporto alla persona (Specificare individuale	Attori	Pre	estazioni / prese	enze	SPESE PTRP	Comp. Utente o famiglia
uei vivere			o di gruppo)						
			Specificare individuale o di gruppo	Soggetto gestore ²	N. prestazioni mensili	N. prest.ni periodo di durata del PTRP	Presenze mensili	Euro di spesa	Barrare la casella
CASA						1 110			SI 2 NO 2
								Spese Asse Casa	SI ? NO ?
Totale parziale Area								€	31 110 11
FORM./LAVORO									
50								Spese Asse Lavoro	SI ? NO ? SI ? NO ?
								€	SI ? NO ?
Totale parziale Area SOCIALITA'								£	
SUCIALITA		T				I	I	Spese Asse	SI 2 NO 2
								Socialità	SI 2 NO 2
								€	SI 2 NO 2
Totale parziale Area									
Totale prestazioni di supporto educativo nelle Aree Abitare, Lavoro, Socialità (Max 42 prestazioni/mese - 500 prestazioni/anno 1 area Max 67 prestazioni/mese - 804 prestazioni/anno 2 o 3 aree) Intensità Riabilitativa del PTRP: ALTA X MEDIA 2 BASSA 2				Prestazioni Tot. Mese	Prestazioni Tot.	Presenze mensili	Spesa totale Attività supporto ed.		
IIILEIISILA NIADIIILALI	Wa UEI FIRF. ALIA A	IVIEDIA E BASSA E			n	n	n	€	
Oneri vari (progettazione, verifiche, coordinamento, materiali di consumo)			n	n	-	€			
Spese vive di traspor	to		_		SI ? NO ?	SI ? NO ?		€	SI ? NO ?
Buoni Pasto					n	n		€	SI ? NO ?
CANONE DI ATTIVITÀ MENSILE (CAM)			Prestazioni Tot. Mese	Prestazioni Tot.			Importo tot. comp. attività		
					n	n	€		€
REDDITO				Soggetto erogante				Contributi	Compart. famiglia
								€	SI ? NO ?

² Soggetto pubblico o privato: DSM DP, Servizio Sociale Territoriale, Terzo Settore (Cooperative sociali, Associazioni, Volontariato), Supporto tra pari e Auto aiuto, ecc.

ACCORDO SUL PROGETTO PERSONALIZZATO CON BUDGET DI SALUTE Parte 1

Intensità Riabilitativa del PTRP: ALTA 🗆 MEDIA 🗆 BASSA 🗆
Il sottoscritto Sig/Sig.ra
Cod Fisc
Cod. CURE
CONCORDA con il
CSM □ SerDP □ NPIA □ del DSM-DP AUSL Bologna presso cui è in cura
il seguente progetto personalizzato:
I soggetti coinvolti nelle attività del Progetto Personalizzato con BdS si impegnano al rispetto delle indicazioni di carattere igienico sanitario e di garanzia del distanziamento fisico e all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. Il punteggio acquisito dall somministrazione della scheda di valutazione del rischio contagio <i>PIERA</i> che è stato condiviso è il seguente
OBIETTIVI DEL PROGETTO
LA PERSONA SI IMPEGNA:
IL CSM□ SerDP□ NPIA □ SI IMPEGNA:
IL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE SI IMPEGNA:
I PARTNER SI IMPEGNANO (Elencare i partner):
I REFERENTI AFFETTIVI PRIMARI SI IMPEGNANO:
ALTRI SOGGETTI (con denominazione) SI IMPEGNANO:
DURATA DEL PROGETTO Dal Al Verifica congiunta del progetto ogni mesi
Prossima verifica entro il

ACCORDO SUL PROGETTO PERSONALIZZATO CON BUDGET DI SALUTE Parte 2

OSTO COMPLESSIVO €_		COSTO MENSILE €	
RISORSE FINA	ANZIARIE/ECONOMICHE	E NECESSARIE E RELATIVI II	MPEGNI DELLE PARTI
	COMPA ⁻	TIBILITA' DI BUDGET AUSL o	<u>di Bologna</u>
Si autorizza l'attivazione de	। Budget di Salute a favor	e del Sig./Sig.ra	ch
comporta una spesa compl	essiva presunta di €		così ripartita:
	Anno	Anno	Anno
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
		II Responsabile (C.D.R.
COMP.	ATIBILITA' DI BUDGET S	Servizio Sociale Territoriale	
i autorizza l'attivazione de	el Budget di Salute a favor	e del Sig./Sig.ra	ch
comporta una spesa compl	essiva presunta di €		così ripartita:
	Anno	Anno	Anno
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
		II Responsabile.	

ACCORDO SUL PROGETTO PERSONALIZZATO CON BUDGET DI SALUTE Parte 3

FIRME

La persona o il tutore o il rappresentante legale	
Ref. del progetto DSM-DP	
Ref. affettivi primari	
Ref. Servizio SocialeTerritoriale	
Cooperativa/e Sociale/i (Timbro e firma)	
Ass. Volontario – Terzo settore / ESP	
Altri soggetti coinvolti	
Luogo e data	
Livello di gradimento del Progetto Personalizzato con Erappresentante:	BdS della persona in cura o del suo legale
Annotazioni Ve (valutazioni descrittive con firma final	rifiche Progetto e e con modifiche alle pagine 5, 6 e 7)
	_